

ным» УЕТ. Страховые медицинские организации (СМО) также обратили на это внимание и жестко ограничили число plomb и других услуг в одно посещение, справедливо считая, что врач-стоматолог не может качественно делать три нормы каждый день. СМО не оплачивают лечебно-профилактическим учреждениям число посещений больными врача свыше установленного норматива, при автоматизированной обработке счетов-фактур сумма более 30 тыс. руб. в месяц «сбрасывается» и не принимается страховщиком к оплате. В связи с этим грубо нарушается исполнение СМО обязательств по оплате медицинской помощи при возникновении страхового случая [8].

Позиция выработки 25 и 22 УЕТ весьма выгодна страховым организациям, поскольку позволяет ограничивать объемы выполненных работ, подлежащих оплате. Сложившаяся ситуация требует дальнейшей работы по нормированию труда врачей-стоматологов, проведению хронометража услуг, входящих в реестр ОМС. Создание единой нормативной базы в здравоохранении должно осуществляться на основании «Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении» (2013), стандартов и порядков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дауге П.Г. *Социальные основы советской стоматологии*. М.; 1933; М.; 1934.
2. Труды II-го Всесоюзного одонтологического съезда (24–30 ноября 1925 г.) / Евдокимов А.И., Коварский М.О., Говсеев Л.А., ред.; Дауге П.Г., отв. ред. М.: Издательство Наркомздрава РСФСР; 1926 (обл. 1927).
3. Клемин В.А., Лабунец В.А., Кубаренко В.В. *Принципы оценки и хронометража определения стоматологического статуса зубов с дефектом твердых тканей зубов с дефектом твердых тканей*. Издательство: Ленанд; 2010.
4. Верлоцкий А. Е. Биография Павла Георгиевича Дауге. *Одонтология и стоматология*. 1928; 2: 10–3.
5. Ковальский В.Л. *Научное обоснование концептуальной модели реформирования стоматологической помощи детскому населению крупных городов*: Дисс. ... д-ра мед. наук. ; 2002.
6. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т. Развитие и обоснование системы УЕТ в новых экономических условиях деятельности стоматологических учреждений России. *Стоматология*. 2003; 82 (3): 55–60.
7. Рамбовский А.И., Казакова В.А., Алпатова Л.М. Планирование, нормирование и оценка труда врачей-стоматологов и стоматологической помощи жителям Югры в 2011 г. Интернет ресурс: МБУЗСП № 1 – planirovanie-normirovanie-i-otsenka-truda
8. Бутова В.Г. О законопроекте об обязательном медицинском страховании в РФ. *Экономика здравоохранения*. 2010; 2: 12–4.

Поступила 27.05.14

REFERENCES

1. Dauge P.G. *Social basis of the Soviet dentistry. [Sotsial'nye osnovy sovetskoy stomatologii]*. Moscow; 1933; Moscow; 1934. (in Russian)
2. Proceedings of the II-nd All-Union Odontological Congress (24–30 November 1925) / Ed. Evdokimov A.I., Kovarskiy M.O., Govseev L.A.; Resp. Ed. P.G. Gauge. Moscow: Izdatel'stvo Narkomzdrava RSFSR; 1926 (region 1927). (in Russian)
3. Klemmin V.A., Labunets V.A., Kubarenko V.V. *Valuation and Timing Determine Dental Status Teeth Defective Hard Tissue of Teeth Defective Hard Tissues: Monograph. [Printsipy otsenki i khronometrazh opredeleniya stomatologicheskogo statusa zubov s defektom tverdykh tkaney zubov s defektom tverdykh tkaney]*. Izdatel'stvo "Lenand"; 2010. (in Russian)
4. Verlotskiy A.E. Biography of Pavel Georgievich Gauge. *Odontologiya i stomatologiya*. 1928; 2: 10–3. (in Russian)
5. Koval'skiy V.L. *Scientific Substantiation of Conceptual Model of Reforming of Dental Care to the Children Population of Large Cities. [Nauchnoe obosnovanie kontseptual'noy modeli reformirovaniya stomatologicheskoy pomoshchi detskomu naseleniyu krupnykh gorodov]*: Diss. ... ; 2002. (in Russian)
6. Leont'ev V.K., Shestakov V.T. Development and validation of the system of the duty to regulate in the new economic conditions of activity of dental clinics of Russia. *Stomatologiya*. 2003; 82 (3): 55–60. (in Russian)
7. Rambowskiy A.I., Kazakova V.A., Alpatova L.M. Planning, regulation and evaluation of the work of dentists and dental care to the residents of Ugra in 2011 Internet resource: MASSP № 1 – planirovanie-normirovanie i otsenka-truda (in Russian)
8. Butova V.G. ON the draft law on mandatory medical insurance in the Russian Federation. *Ekonomika zdavookhraneniya*. 2010; 2:12–4. (in Russian)

Received 27.05.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.31-002.157.2-036.12-08

Волков Е.А., Бутова В.Г., Позднякова Т.И., Дзугаева И.И.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ

Кафедра гериатрической стоматологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», 127473, г. Москва; Научно-методический отдел ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения РФ, 119435, г. Москва

Приведены клинические рекомендации (протокол лечения) при заболевании слизистой оболочки рта «Хронический рецидивирующий афтозный стоматит» предназначены для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

Ключевые слова: клинические рекомендации (протокол лечения); хронический рецидивирующий афтозный стоматит.

Volkov E.A., Butova V.G., Pozdnyakova T.I., Dzugaeva I.I.

CLINICAL RECOMMENDATION (TREATMENT PROTOCOL) CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS

Department of geriatric dentistry «A.I. Evdokimov Moscow state medical dental University», 127473, Moscow; Scientific-methodical Department «Central research Institute of stomatology and maxillofacial surgery», Ministry of health of Russia, 119435, Moscow

See clinical guidelines (treatment Protocol) for diseases of mucous membrane of the mouth «of the Chronic recurrent aphthous stomatitis are intended for use in the healthcare system of the Russian Federation.

Keywords: clinical guidelines (treatment Protocol); chronic recurrent aphthous stomatitis.

1. Область применения

Клинические рекомендации (протокол лечения) при заболевании слизистой оболочки рта «хронический рецидивирующий афтозный стоматит» предназначены для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

2. Нормативные ссылки

В настоящем протоколе использованы ссылки на следующие документы:

- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724);

- постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 05.11.1997 № 1387 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312);

- постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» от 22 октября 2012 г. № 1074 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 44, ст. 6021);

- приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 27 декабря 2011 г. № 1664н.

- приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 7 декабря 2011 г. № 1496н.

3. Обозначения и сокращения

В настоящем протоколе использованы следующие обозначения и сокращения:

- МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра;

- МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10;

- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;

- СОР – слизистая оболочка рта;

- ХРАС – хронический рецидивирующий афтозный стоматит.

4. Общие положения

Клинические рекомендации (протокол лечения) при ХРАС разработаны для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных ХРАС;

- унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным ХРАС;

- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации.

В настоящем документе используется шкала убедительности доказательств данных:

А – доказательства убедительны: есть веские доказательства по предлагаемому утверждению.

В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Д – достаточно отрицательных доказательств: имеет-

ся достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, метода, технологии.

Е – веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства, чтобы исключить лекарственное средство, метод, технологию из рекомендаций.

5. Ведение протокола

Ведение протокола при ХРАС осуществляется ГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский стоматологический университет (МГМСУ) им. А.И. Евдокимова Минздрава России. Система ведения предусматривает взаимодействие ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России со всеми заинтересованными организациями.

6. Общие вопросы

В общей структуре оказания медицинской помощи пациентам в стоматологических медицинских организациях ХРАС определяется в любом возрасте, но чаще в детском и молодом, у представителей обоих полов. Течение заболевания хроническое рецидивирующее. Жалобы на боль СОР в результате образования одной или более афт, усиливающуюся во время еды.

Гистологическое исследование афты выявляет глубокое фибринозно-некротическое воспаление СОР. Процесс начинается с изменений в соединительнотканном слое. Расширение сосудов приводит к периваскулярной инфильтрации и отеку шиповатого слоя эпителия, затем к спонгиозу и образованию микрополостей. В результате возникает некроз эпителия и эрозивное СОР. Дефект эпителия заполняется фибрином и прочно спаивается с подлежащими тканями.

Определение понятия

ХРАС – воспалительное заболевание СОР, характеризующееся рецидивирующим высыпанием афт, длительным течением и периодическими обострениями.

Этиология и патогенез

Причины возникновения ХРАС окончательно не выяснены. Большинство исследователей сходятся во мнении о ведущей роли иммунной системы в патогенезе заболевания.

Для ХРАС характерны пониженная иммунологическая реактивность и нарушение неспецифической защиты, причиной которых являются очаги хронической инфекции в организме (ангина, хронический тонзиллит, фарингит, заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и др.), а также влияние ряда неблагоприятных факторов (хронический стресс, частая смена часовых поясов, профессиональные вредности и др.). У больных ХРАС выявлены нарушения неспецифической защиты – снижение количества и функциональной активности Т-лимфоцитов. Нарушена В-система иммунитета, что проявляется увеличением количества В-лимфоцитов, повышением уровня сывороточного IgG, циркулирующих иммунных комплексов, снижением содержания IgM. В результате возникает избыточный иммунный ответ на бактериальные антигены, приводящий к развитию аутоиммунной реакции, направленной против клеток эпителия собственной СОР, что приводит к некрозу эпителия.

Определенное значение в возникновении ХРАС имеют наследственные и тропоневротические факторы.

Клиническая картина хронического рецидивирующего афтозного стоматита

Определяют две клинические формы ХРАС: легкую и тяжелую (рецидивирующие глубокие рубцующиеся афты).

ХРАС может быть одним из симптомов генерализованного афтоза, при котором афтозные высыпания появляются в анально-генитальной области и кишечнике (большой афтоз Турена), признаком болезни Бехчета.

ХРАС (легкая форма) характеризуется появлением одиночных афт на СОР, развитию которых часто предшествуют чувство жжения, болезненность, парестезия слизистой оболочки в месте возникновения афт. Процесс начинается с появления небольшого, диаметром до 1 см, гиперемированного, круглого или овального пятна, которое через несколько часов слегка приподнимается над окружающей слизистой оболочкой. Спустя еще несколько часов элемент эрозируется и покрывается фибринозным серовато-белым налетом, окруженным гиперемированным ободком. Афта болезненна при пальпации, мягкая. В основании афты возникает инфильтрация, вследствие чего она слегка приподнимается над окружающими тканями. Нередко она сопровождается регионарным лимфаденитом. Спустя 2–4 дня некротические массы отторгаются, через 3–5 дней афта обычно разрешается.

Особенностью заболевания является рецидивирующий характер течения. При легкой форме частота обострений варьирует от 1–2 до 5–6 раз в год. Высыпания чаще локализуются на слизистой оболочке щек, боковых поверхностях языка, губ, переходных складках. Факторами, провоцирующими обострения, являются травма СОР, стресс, переутомление, перенесенная вирусная инфекция, предменструальный период и др.

Развиваются рецидивирующие глубокие рубцующиеся афты.

Пациенты жалуются на боль СОР, усиливающуюся во время еды и разговора; на длительно не заживающую язву во рту.

Особенностью при тяжелой форме ХРАС является трансформация афты в глубокую кратерообразную язву, которая крайне медленно эпителизируется (до 1,5–2 мес). После ее заживления остаются глубокие рубцы, приводящие к деформации СОР.

Классификация хронического рецидивирующего афтозного стоматита по МКБ-С:

Класс XI: Болезни органов пищеварения

К12.0: Рецидивирующие афты полости рта: афтозный стоматит (большой) (малый); афты Беднара; рецидивирующий слизисто-некротический периаденит; рецидивирующая афтозная язва; герпетический стоматит.

Общие подходы к диагностике хронического рецидивирующего афтозного стоматита

Диагностика ХРАС проводится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, применения дополнительных методов обследования и направлена на определение состояния тканей СОР, показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, способствующих ухудшению состояния и препятствующих немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

- непереносимость лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением;
- угрожающее жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и т. п.), развившиеся менее чем за 6 мес до обращения за стоматологической помощью;
- отказ от лечения.

Аллергологическое и иммунологическое исследования позволяют дать наиболее объективную и достоверную информацию о природе заболевания. При данной патологии отмечаются положительные кожные пробы к ряду бактериальных аллергенов, изменения Т- и В-системы иммунитета.

Общие подходы к лечению ХРАС

Принципы лечения больных ХРАС предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение очагов хронической инфекции в полости рта;
- предупреждение травмирования СОР, вызванного дефектами зубного ряда, острыми краями разрушенных зубов и зубными протезами, зубными отложениями, курением;
- эпителизация афт;
- повышение общей резистентности организма;
- соблюдение режима труда и отдыха;
- профилактические осмотры населения с целью санации и проведение индивидуальной санитарно-просветительной работы;
- при подозрении на наличие соматической патологии ЛОР-органов, ЖКТ и др. – консультация и лечение у специалистов соответствующего профиля.

Лечение ХРАС включает:

- составление плана лечения;
- санацию рта;
- коррекцию гигиены полости рта, мотивацию к тщательному уходу за полостью рта;
- лекарственную терапию (общую, местную).

При лечении ХРАС используют только те лекарственные средства, которые разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

Организация медицинской помощи пациентам с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом

Лечение пациентов с ХРАС проводится в стоматологических медицинских организациях в амбулаторно-поликлинических условиях, в стоматологических кабинетах, оснащенных в соответствии с приложением 1.

Оказание помощи больным ХРАС осуществляется в основном врачами-стоматологами общей практики, врачами стоматологами-терапевтами, врачами стоматологами-хирургами, врачами стоматологами-ортопедами, зубными врачами, врачами-физиотерапевтами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал.

7. Характеристика требований протокола

7.1. Модель пациента

Нозологическая форма: хронический рецидивирующий афтозный стоматит.

Стадия: легкая.

Фаза: рецидивирующее течение.

Осложнение: без осложнений.

Код по МКБ-С: К12.0.

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Из анамнеза: имеется бытовая и/или пищевая аллергия, хронические заболевания ЛОР-органов и/или ЖКТ на фоне психоневрологического статуса.
2. Локализация: слизистая оболочка языка, щек, губ, переходных складок, реже других областей СОР.
3. Клинически проявляется рецидивирующим образованием 1–2 (реже более) афт (эрозий овальной или округлой формы с гиперемированным ободком, покры-

тых фибринозным налетом) мягких, болезненных при пальпации.

7.1.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Диагностические мероприятия	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	По потребности
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничение подвижности нижней челюсти	То же
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	По потребности
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтального зонда	То же
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	То же
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	" "
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	" "
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
V01.027.001	Прием (осмотр, консультация) у врача-онколога первичный	То же
V01.047.01	Прием (осмотр, консультация) у врача-терапевта первичный	" "
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) у врача стоматолога-хирурга первичный	" "
V04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) у врача-гастроэнтеролога	" "
V01.033.001	Прием (осмотр, консультация) у врача-профпатолога первичный	" "
V01.008.001	Прием (осмотр, консультация) у врача-дерматовенеролога первичный	" "
V01.066.001	Прием (осмотр, консультация) у врача стоматолога-ортопеда первичный	" "
V01.058.001	Прием (осмотр, консультация) у врача-эндокринолога первичный	" "
V04.023.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) у врача-невролога	" "

Примечание. Здесь и далее: 1 – 1 раз; по потребности – не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно проводят сбор анамнеза, осмотр СОР и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациента соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Исследование лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

После внешнего осмотра приступают к осмотру рта. Детально обследуют СОР по схеме, предложенной ВОЗ в 1997 г. (приложение 2), выявляют элементы поражения СОР (приложение 3). Результаты обследования могут быть отражены на схеме-топограмме (приложение 4).

После обследования СОР приступают к определению прикуса, выявлению аномалий положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, трем, диастем.

Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, отмечают наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят перкуссию и определяют подвижность зубов, выполняют обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (приложение 5).

При оценке уровня гигиены рта учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индексы Грина–Вермильона и Силнеса–Лоэ). Индексы гигиены

рта определяют до лечения и после обучения гигиене рта с целью контроля. Клиническое состояние пародонта оценивают на основании пародонтального индекса Мюлеманна (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют аллергологическое и иммунологическое исследования.

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Метод	Кратность выполнения
V01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия	То же
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	" "
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	" "
A16.07.025	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	" "
A13.30.007	Обучение гигиене рта	" "
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	" "
A16.07.053	Снятие несъемной ортопедической конструкции	" "
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	" "
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
V01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача стоматолога-терапевта повторный	По потребности
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача стоматолога-хирурга повторный	То же
V04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога	" "

Примечание. Здесь и далее: согласно алгоритму – обязательно несколько раз (2 и более).

7.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей оказания немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней СОР и включает обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов, санацию рта с выполнением мер профессиональной гигиены (приложение 7), удаление зубного камня, шлифование острых краев зубов, замену металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедическую коррекцию, предусматривающую рациональное протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом аллергологического статуса пациента, беспаячные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.). При изготовлении съемных пластиночных протезов следует обращать внимание на правильность изготовления кламмеров. Зубные протезы у таких больных должны быть тщательно отполирова-

ны. Необходимо удалять зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Очень важно своевременно выявить и устранить гальваноз рта, обусловленный пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов.

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Лекарственные средства и методы	Кратность применения (продолжительность лечения)
Антигистаминные препараты	1
Имунокорригирующие препараты	1
Неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия	1
Препараты метаболической коррекции (препараты кальция, витаминотерапия)	1
Специфическая гипосенсибилизирующая терапия	1
Седативные препараты	1
Обезболивающие препараты	1
Протеолитические ферменты	1
Антисептические средства	1
Кератопластические средства	1

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Пациентам назначают препараты антигистаминаминового ряда. Используют тавегил 0,001 г по 1 таблетке 2 раза в день в течение 10 дней. Затем делают перерыв на 10 дней и повторяют 10-дневный курс. Тавегил можно заменить супрастином 0,025 г, эриусом 0,005 г, задитеном 0,001 г.

Для иммунокоррекции применяют тимоген, который вводят по 100 мг внутримышечно ежедневно в течение 10 дней; метилурацил 0,5 г по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 мес.

Для неспецифической гипосенсибилизации используют гистоглобулин по 2 мл подкожно 2 раза в неделю с интервалом 2–3 дня на курс 10–12 инъекций; 30% раствор тиосульфата натрия по 10 мл внутривенно ежедневно, на курс 6–8 инъекций.

С целью нормализации клеточного метаболизма лимфоцитов назначают препараты метаболического действия, стимулирующие обменные процессы на уровне митохондрий: препараты кальция (хлорид, глицерофосфат, глюконат); пантотенат кальция по 0,1 г 4 раза в день в течение 14 дней.

В и т а м и н о т е р а п и я. Витамин С (аскорбиновая кислота) 0,1 г по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 мес; витамин В₂ (рибофлавин мононуклеотид) по 1 мл 1% раствора внутримышечно, на курс 10 инъекций; витамин В₁₂ (цианкобаламин) по 1 мл 0,01% раствора внутримышечно, на курс 10 инъекций; фолиевая кислота по 0,005 г 3 раза в день в течение 1 мес; витамин РР (никотиновая кислота) по 0,05 г по 1 таблетке 2 раза в день после еды в течение 1 мес; витамин В₆ (пиридоксальфосфат) по 0,02 г 3 раза в день после еды в течение 1 мес.

Для стимуляции механизмов неспецифической защиты используют левамизол (декарис) 150 мг однократно или по 50 мг 3 раза в день 2 дня в неделю в течение 1,5–2 мес под контролем клинической формулы периферической крови и общего состояния организма. Для этих целей применяют также продигозан, пирогенал по схеме.

При выявлении у больных повышенной чувствительности к бактериальному аллергену проводят специфическую десенсибилизацию этим аллергеном, который вводят внутрикожно начиная с низких титров.

Для оказания влияния на нервную трофику назначают седативные препараты: пустырник форте; настойку корня пиона по 1 чайной ложке 3 раза в день в течение 1 мес.

Для местной обработки назначают обезболивающие препараты: 1–2% раствор лидокаина, 1–2% тримекаина в виде аппликаций. Фибринозный и некротический налет с поверхности афт удаляют с помощью протеолитических ферментов: трипсина и химотрипсина в виде аппликаций.

Антисептическую обработку проводят растворами антисептиков: 0,05% раствором хлоргексидина, 1% раствором перекиси водорода, 0,01% раствором мирамистина и др.

Для стимуляции эпителизации афт и язв назначают масляный раствор витаминов А, Е, каротоллин, мазь солкосерила и актовегина, холисал-гель. Местную обработку СОР проводят 2–3 раза в день после еды.

7.1.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Необходимы строгое соблюдение режима труда и отдыха, активные занятия физкультурой, закаливание, рациональное сбалансированное питание.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям

Больным запрещается употребление острой, пряной, грубой пищи, спиртных напитков.

7.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении протокола (приложение 8)

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи (приложение 9)

7.1.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол лечения, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками ХРАС медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела протокола лечения, соответствующего ведению ХРАС;

б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Исход	Частота, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимущество и этапность оказания медицинской помощи
Ремиссия длительная	35	Обострение 1–2 раза в год	После лечения	Динамическое наблюдение

Ремиссия кратковременная	25	Обострения 3–4 и более раза в год	То же	То же
Перманентное течение	10	Ежемесячное обострение	" "	" "
Выздоровление	10	Восстановление внешнего вида СОР	" "	" "
Развитие язтрогенных осложнений	10	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	0	–	–	–

7.1.16. Стоимостные характеристики протокола
Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.2. Модель пациента

Нозологическая форма: хронический рецидивирующий афтозный стоматит.

Стадия: тяжелая – рецидивирующие глубокие рубцующиеся афты.

Фаза: рецидивирующее течение.

Осложнение: возникновение рубцов, приводящих к деформации полости рта.

Код по МКБ-С: K12.0.

7.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Из анамнеза: имеется бытовая и/или пищевая аллергия, хронические заболевания ЛОР-органов и/или ЖКТ на фоне психоневрологического статуса.

2. Основной морфологический элемент: язва.

3. Локализация: чаще на боковых поверхностях языка, слизистой оболочке губ, щек, зева, глотки.

4. Клинически выражается появлением ограниченного болезненного уплотнения слизистой оболочки, на котором образуется сначала поверхностная, покрытая фибринозным налетом, а затем глубокая кратерообразная язва с небольшой гиперемией вокруг, которая эпителизируется в течение 1,5–2 мес. После ее заживления остаются глубокие рубцы, приводящие к деформации СОР.

5. Гистологически определяется участок некроза с полным разрушением эпителия и базальной мембраны, а также воспаление в собственно пластинке слизистой оболочки и подслизистой основе. При наличии в участке поражения слюнных желез определяется перигландулярная инфильтрация.

7.2.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.2.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Диагностические мероприятия	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	По потребности
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничение подвижности нижней челюсти	То же
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтального зонда	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	То же
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A02.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	То же
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	" "
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
B01.027.001	Прием (осмотр, консультация) у врача-онколога первичный	То же
B01.047.01	Прием (осмотр, консультация) у врача-терапевта первичный	" "
B01.065.001	Прием (осмотр, консультация) у врача стоматолога-терапевта первичный	1
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) у врача стоматолога-хирурга первичный	По потребности
B04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) у врача-гастроэнтеролога	То же
B01.033.001	Прием (осмотр, консультация) у врача-профпатолога первичный	" "
B01.008.001	Прием (осмотр, консультация) у врача-дерматовенеролога первичный	" "
B01.058.001	Прием (осмотр, консультация) у врача-эндокринолога первичный	" "
B04.023.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) у врача-невролога	" "

7.2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение ослож-

нений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр СОР и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациента соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Исследование лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

После внешнего осмотра приступают к осмотру рта. Детально обследуют СОР по схеме, предложенной ВОЗ в 1997 г. (приложение 2), выявляют элементы поражения СОР (приложение 3). Результаты обследования могут быть отражены на схеме – топограмме (приложение 4).

После обследования СОР приступают к определению прикуса, выявлению аномалий положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, трем, диастем.

Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, отмечают наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют аппроксимальные поверхности зубов.

Проводят перкуссию и определяют подвижность зубов, выполняют обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (приложение 5).

При оценке уровня гигиены рта учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индексы Грина–Вермильона и Силнеса–Лоэ). Индексы гигиены рта определяют до лечения и после обучения гигиене рта с целью контроля. Клиническое состояние пародонта оценивают на основании пародонтального индекса Мюлеманна (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют иммунологическое и аллергологическое исследования.

7.2.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Метод	Кратность выполнения
V01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия	Согласно алгоритму
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности
A16.07.025	Избирательное пришлифовывание твердых тканей зубов	То же
A13.30.007	Обучение гигиене рта	" "
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	" "
A16.0.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	" "
A16.07.053	Снятие несъемной ортопедической конструкции	" "
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	" "
A22.07.00	Ультразвуковое удаление наддесневых зубных отложений	" "
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
V01.065.002	Прием (осмотр, консультация) у врача стоматолога-терапевта повторный	Согласно алгоритму
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) у врача стоматолога-хирурга повторный	По потребности

7.2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней СОР и включает обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов, санацию рта с выполнением мер профессиональной гигиены (приложение 7), удаление зубного камня, пришлифовывание острых краев зубов, замену металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедическую коррекцию, предусматривающую рациональное протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом аллергологического статуса пациента, безопасные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.). При изготовлении съемных пластиночных протезов следует обращать внимание на правильность изготовления кламмеров. Зубные протезы у таких больных должны быть тщательно отполированы. Необходимо удалять зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Очень важно своевременно выявить и устранить гальваноз рта, обусловленный пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов.

7.2.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Лекарственные средства и методы	Кратность применения (продолжительность лечения)
Антигистаминные препараты	1
Иммунокорректирующие препараты	1
Неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия	1
Препараты метаболической коррекции (препараты кальция, витаминотерапия)	1
Специфическая гипосенсибилизирующая терапия	1
Кортикостероидные препараты	1
Седативные препараты	1
Обезболивающие препараты	1
Протеолитические ферменты	1
Антисептические средства	1
Кератопластические средства	1

7.2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Пациентам назначают препараты антигистаминаминового ряда. Используют тавегил 0,001 г по 1 таблетке 2 раза в день в течение 10 дней. Затем делают перерыв на 10 дней и повторяют 10-дневный курс. Тавегил можно заменить супрастином 0,025 г, эриусом 0,005 г, задитеном 0,001 г.

Для иммунокоррекции применяют тимоген, который вводят по 100 мг внутримышечно ежедневно в течение 10 дней; метилурацил 0,5 г по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 мес.

Для неспецифической гипосенсибилизации используют гистоглобулин по 2 мл подкожно 2 раза в неделю с интервалом 2–3 дня, на курс 10–12 инъекций; 30% раствор тиосульфата натрия по 10 мл внутривенно ежедневно, на курс 6–8 инъекций.

С целью нормализации клеточного метаболизма лимфоцитов назначают препараты метаболического действия, стимулирующие обменные процессы на уровне митохондрий: препараты кальция (хлорид, глицерофосфат, глюконат); пантотенат кальция по 0,1 г 4 раза в день в течение 14 дней.

В и т а м и н о т е р а п и я . Витамин С (аскорбиновая кислота) 0,1 г по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 мес; витамин В₂ (рибофлавин мононуклеотид) по 1 мл 1% раствора внутримышечно, на курс 10 инъекций; витамин В₁₂ (цианокобаламин) по 1 мл 0,01% раствора внутримышечно, на курс 10 инъекций; фолиевая кислота по 0,005 г 3 раза в день в течение 1 мес; витамин РР (никотиновая кислота) по 0,05 г по 1 таблетке 2 раза в день после еды в течение 1 мес; витамин В₆ (пиридоксальфосфат) по 0,02 г 3 раза в день после еды в течение 1 мес.

Для стимуляции механизмов неспецифической защиты используют левамизол (декарис) 150 мг одномоментно или по 50 мг 3 раза в день 2 дня в неделю в течение 1,5–2 мес под контролем клинической формулы периферической крови и общего состояния организма. Для этих целей применяют также продигозан, пирогенал по схеме.

При выявлении у больных повышенной чувствительности к бактериальному аллергену проводят специфическую десенсибилизацию этим аллергеном, который вводят внутрикожно начиная с низких титров.

При глубоких рубцующихся афтах, сопровождающихся сильной болью, целесообразно принимать преднизолон по 15–20 мг в день в течение 2–3 нед по схеме. Такое этапное лечение безопасно и дает хорошие результаты при отсутствии терапевтического эффекта других методов лечения.

Для оказания влияния на нервную трофику назначают седативные препараты: пустырник форте; настойку корня пиона по 1 чайной ложке 3 раза в день в течение 1 мес.

Для местной обработки назначают обезболивающие препараты: 1–2% раствор лидокаина, 1–2% тримекаина в виде аппликаций. Фибринозный и некротический налет с поверхности афт удаляют с помощью протеолитических ферментов: трипсина и химотрипсина в виде аппликаций.

Антисептическую обработку проводят растворами антисептиков: 0,05% раствором хлоргексидина, 1% раствором перекиси водорода, 0,01% раствором мирамистина и др.

Для стимуляции эпителизации афт и язв назначают масляный раствор витаминов А, Е, каротолин, мазь солкосерила и актовегина, холисал-гель. Местную обработку СОР проводят 2–3 раза в день после еды.

Хороший терапевтический эффект дают кортикостероидные мази – гидрокортизоновая, преднизолоновая, целестодерм в виде аппликаций на 10–15 мин.

7.2.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Необходимо строгое соблюдение режима труда и отдыха, активные занятия физкультурой, закаливание, сбалансированное питание.

7.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.2.11. Требования к диетическим назначениям

Больным запрещается употребление острой, пряной, грубой пищи, крепких спиртных напитков.

7.2.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении протокола (приложение 8)

7.2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи (приложение 9)

7.2.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол лечения, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками ХРАС медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела протокола лечения больных, соответствующего ведению ХРАС;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.2.15. Возможные исходы и их характеристики

Исход	Частота, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Ремиссия длительная	35%	Обострение 1–2 раза в год	После лечения	Динамическое наблюдение

Ремиссия кратковременная	25	Обострение 5–6 раз в год	То же	То же
Перманентное течение	10	Ежемесячное обострение	" "	" "
Выздоровление	10	Восстановление внешнего вида СОР	" "	" "
Развитие язрогенных осложнений	10	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Микростома в результате образования множественных грубых рубцов	После эпителизации язв	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.2.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

8. Графическое, схематическое и табличное представление протокола

Не требуется.

9. Мониторинг

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения протокола

Мониторинг проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских учреждений, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно учреждением, ответственным за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторингу протокола письменно.

Мониторинг включает:

- сбор информации: о ведении пациентов с ХРАС в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков протокола.

Исходными данными при мониторинге являются:

- медицинская документация – медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторинге протокола могут быть использованы иные документы.

В лечебно-профилактических учреждениях, определенных перечнем по мониторингу, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента о лечении пациентов с ХРАС, соответствующих моделям пациента в данном протоколе.

В анализируемые в процессе мониторинга показатели входят критерии включения и исключения из протокола, перечни медицинских услуг обязательного и дополни-

тельного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по протоколу и др.

Принципы рандомизации

В данном протоколе рандомизация (лечебных учреждений, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента.

Порядок исключения пациента из мониторинга

Пациент считается включенным в мониторинг при заполнении на него карты пациента. Исключение из мониторинга проводится в случае невозможности продолжения заполнения карты (например, неявка на врачебный прием). В этом случае карта направляется в учреждение, ответственное за мониторинг, с отметкой о причине исключения пациента из протокола.

Промежуточная оценка и внесение изменений в протокол

Оценка выполнения протокола проводится 1 раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинге.

Изменения в протокол вносятся в случае получения информации:

а) о наличии в протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов;

б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований протокола обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается группой разработчиков. Введение изменений требований протокола в действие осуществляется Министерством здравоохранения Российской Федерации в установленном порядке.

Параметры оценки качества жизни при выполнении протокола

Для оценки качества жизни пациента с ХРАС, соответствующего моделям протокола, используют аналоговую шкалу.

Оценка стоимости выполнения протокола и цены качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

Сравнение результатов

При мониторинге протокола ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Порядок формирования отчета

В ежегодный отчет о результатах мониторинга включаются количественные данные, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации протокола.

Отчет представляется в Министерство здравоохранения Российской Федерации учреждением, ответственным за мониторинг данного протокола. Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

Приложение 1

Перечень стоматологических материалов, инструментов и оборудования, необходимых для работы врача:

Обязательный ассортимент:

1. Автоклав (стерилизатор паровой);
2. Аквадистиллятор (медицинский);

3. Автоклав для наконечников (стерилизатор паровой настольный);

4. Аппарат воздушно-абразивный для снятия зубных отложений;

5. Аппарат для снятия зубных отложений ультразвуковой (скейлер);

6. Аспиратор (отсасыватель) хирургический;

7. Биксы (коробка стерилизационная для хранения стерильных инструментов и материала);

8. Инструменты стоматологические (мелкие):

- боры,

- полиры,

- финиры;

9. Инкубатор для проведения микробиологических тестов (СО₂ инкубатор для выращивания культур клеток и тканей);

10. Изделия одноразового применения:

- шприцы и иглы для инъекций,

- маски,

- перчатки смотровые, диагностические, хирургические,

- бумажные нагрудные салфетки для пациентов,

- полотенца для рук в контейнере,

- салфетки гигиенические,

- слюноотсосы,

- стаканы пластиковые;

11. Инъектор стоматологический для карпульной анестезии;

12. Камеры для хранения стерильных инструментов;

13. Компрессор стоматологический (безмасляный);

14. Кресло стоматологическое;

15. Крючки хирургические, зубчатые разных размеров;

16. Лампа (облучатель) бактерицидная для помещений;

17. Машина упаковочная (аппарат для предстерилизационной упаковки инструментария);

18. Место рабочее (комплект оборудования) для врача-стоматолога:

19. Набор аппаратов, инструментов, медикаментов, методических материалов и документов для оказания экстренной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни (укладка-аптечка для оказания экстренной помощи при общесоматических осложнениях в условиях стоматологических кабинетов);

20. Набор (инструменты, щетки, диски, пасты) для шлифования и полирования пломб и зубных протезов;

21. Набор инструментов для осмотра рта (базовый):

- лоток медицинский стоматологический,

- зеркало стоматологическое,

- зонд стоматологический угловой,

- пинцет зубохирургический,

- экскаваторы зубные,

- гладилка широкая двусторонняя,

- гладилка-штопфер,

- шпатель зубохирургический;

22. Набор инструментов в ассортименте для снятия зубных отложений:

- экскаваторы,

- крючки для снятия зубного камня;

23. Набор инструментов для трахеотомии;

24. Набор инструментов, игл и шовного материала не менее 2 видов;

25. Набор медикаментов для индивидуальной профилактики парентеральных инфекций (аптечка «анти-СПИД»);

26. Набор реактивов для контроля (индикаторы) дезинфекции и стерилизации;
27. Наборы микробиологические (реагенты, реактивы для бактериологических исследований) для проведения тестов на кислотообразующую микрофлору при использовании инкубатора для микробиологических тестов;
28. Наконечник стоматологический механический прямой;
29. Наконечник стоматологический механический угловой;
30. Наконечник стоматологический турбинный;
31. Ножницы в ассортименте не менее 3 на рабочее место врача;
32. Отсасыватель пыли (стоматологический пылесос);
33. Отсасыватель слюны (стоматологический слюноотсос);
34. Очиститель ультразвуковой (устройство для ультразвуковой очистки и дезинфекции инструментов и изделий);
35. Очки защитные;
36. Пинцеты;
37. Прибор и средства для очистки и смазки наконечников;
38. Прибор (установка) для утилизации шприцев;
39. Скальпели (держатели) и одноразовые лезвия в ассортименте;
40. Средства и емкости-контейнеры для дезинфекции инструментов в соответствии с СанПиН;
41. Стерилизатор стоматологический для мелкого инструментария;
42. Стерилизатор суховоздушный;
43. Щитки защитные (от механического повреждения глаз);
44. Наборы диагностические для проведения тестов на выявление новообразований (скрининг) и контроля за лечением новообразований.

Приложение 2

Алгоритм визуального осмотра СОР, рекомендуемый ВОЗ (1997)

Осмотр СОР начинают с кожных покровов около ротовой области, красной каймы губ при открытом и закрытом рте, обращая внимание на цвет, блеск, консистенцию. При осмотре слизистой оболочки губ, переходной складки учитывают цвет, влажность, глубину преддверия рта, характер прикрепления уздечек, наличие тяжей; на слизистой оболочке губ, особенно нижней, в норме иногда обнаруживаются небольшие возвышения за счет наличия малых слюнных желез, что не является патологией.

Далее осматривают слизистую оболочку щек (правой, затем левой) от угла рта до небной миндалины, замечая наличие или отсутствие пигментаций, изменений ее цвета.

По линии смыкания зубов, чаще ближе к углу рта, располагаются гранулы Фордайса. Эти бледно-желтые узелки диаметром 1–2 мм не возвышаются над СОР, являются вариантом нормы. Нужно также помнить, что на уровне зубов 17 и 27 имеются сосочки, на которых открывается выводной проток околоушной слюнной железы, иногда принимаемой за отклонение.

Обращают внимание на десны и альвеолярный край. Сначала осматривают щечную и губную область десны начиная с правого верхнего заднего участка и затем перемещаются по дуге влево. Опускаются на нижнюю челюсть

слева сзади и перемещаются вправо по дуге. Затем обследуют язычную и небную области десен: справа налево на верхней челюсти и слева направо вдоль нижней челюсти. На десне могут быть обнаружены изменения цвета, опухоли и отечность различной формы и консистенции. По переходной складке исследуют свищевые ходы, которые чаще всего возникают в результате хронического воспалительного процесса в верхушечном периодонте.

Далее осматривают язык, оценивая все виды сосочков языка, характер прикрепления уздечки. Регистрируют изменение цвета, сосудистого рисунка, рельефа дна рта.

Небо осматривают при широко открытом рте и откинутой назад голове. Широким шпателем осторожно прижимают корень языка. С помощью зубоврачебного зеркала осматривают твердое и затем мягкое небо.

Приложение 3

Элементы поражения кожи и слизистой оболочки

В диагностике предраковых заболеваний определяющее значение имеет оценка морфологических элементов поражения кожи и слизистой оболочки, которые проявляются изменениями окраски и нарушениями рельефа поверхности.

Пятно (macula) – наиболее распространенный элемент поражения, связанный с изменением окраски. Различают пятна воспалительной (до 1,5 см в диаметре – розеола, большего диаметра – эритема) и невоспалительной природы (пигментное пятно).

Пигментные пятна в свою очередь бывают врожденные – невусы и приобретенные – связанные с введением красителей под эпителиальный слой, возникшие при приеме препаратов висмута, а также вследствие поступления в организм свинца.

Узелок (nodus, papula) – бесполомной элемент, возвышающийся над уровнем неизменной слизистой оболочки или кожи, белесоватого или перламутрового оттенка (на слизистой оболочке), синевато-коричневый (на коже) размером 0,1–0,5 мм. Слияние папул приводит к образованию *бляшки* (размер > 0,5 мм).

Узел (nodus) – плотное инфильтративное образование значительной величины (с орех), развивающееся в коже и слизистой оболочке. Определяется в виде возвышения кожи синюшно-коричневого цвета и гиперемированной слизистой оболочки. Завершается размягчением и изъязвлением. В некоторых случаях может наблюдаться обратное развитие без образования рубца.

Бугорок (tuberculum) – бесполомное инфильтративное образование размером 0,2–5 мм, локализующееся в коже или захватывающее все слои слизистой оболочки и имеющее склонность к распаду с образованием язвы и последующим рубцеванием.

Язва (ulcus) – дефект кожи или слизистой оболочки и подлежащих тканей. Заживает с образованием рубца. Дно и края язвы характеризуются различными особенностями, что имеет определенное дифференциально-диагностическое значение в разграничении неспецифических и специфических поражений и злокачественных опухолей.

Трещина (rhagades) – линейный дефект, возникающий при потере тканями эластичности на фоне острого или хронического воспалительного процесса. Различают трещины поверхностные (повреждение только эпителиального слоя) и глубокие (повреждены все слои слизистой оболочки и подлежащие ткани).

Чешуйка (squama) – отделяющийся конгломерат пластов ороговевших клеток. Цвет чешуек на коже бе-

лый, серый, буроватый, на красной кайме губ – светло-серый.

Корка (crusta) – засохшее отделяемое язв, эрозий. Особенно часто образуется при поражении красной каймы губ.

Эрозия (erozia) – образуется после отпадения корки. Дно эрозии – эпителий или сосочковый слой соединительнотканной основы слизистой оболочки. Заживает, не оставляя следа. Однако в приротовой области иногда после заживления эрозии может иметь место пигментация.

Нарушение процессов ороговения при предраковых поражениях

В основе ороговения (кератинизации) лежат процессы формирования в клетках комплекса кератогиалин + тонофибриллы с образованием кератиновых фибрилл. Образующееся при этом роговое вещество состоит из кератина, кератогиалина и жирных кислот.

Различают физиологическое и патологическое ороговение. Первое происходит в эпидермисе и выполняет защитную функцию. Образующийся при этом роговой слой состоит из большого количества рядов плоских безъядерных клеток – роговых чешуек. Ороговение клеток эпидермиса протекает постепенно – начинается с базальных эпидермоцитов и заканчивается образованием полностью ороговевших клеток рогового слоя. Физиологическое ороговение эпидермиса происходит непрерывно и сопровождается постоянным отторжением ороговевших поверхностных чешуек.

Патологическое ороговение проявляется в виде

дис-, гипер- и паракератоза, а также наблюдается там, где роговой слой в норме не образуется. Склонность СОР к повышенному ороговению объясняется ее происхождением из эктодермы.

Кератозы – группа заболеваний кожи и слизистых оболочек невоспалительного характера, характеризующиеся утолщением ороговевающего и образованием рогового слоев.

Дискератоз – нарушение процесса ороговения, выражающееся патологической кератинизацией отдельных эпидермальных клеток, лишенных межклеточных контактов и хаотично расположенных во всех отделах эпидермиса.

Гиперкератоз – чрезмерное утолщение рогового слоя эпидермиса в результате избыточного образования кератина.

Паракератоз – нарушение процесса ороговения, связанное с потерей способности клеток эпидермиса вырабатывать кератогиалин. При этом отмечается утолщение рогового и частичное или полное исчезновение зернистого слоя.

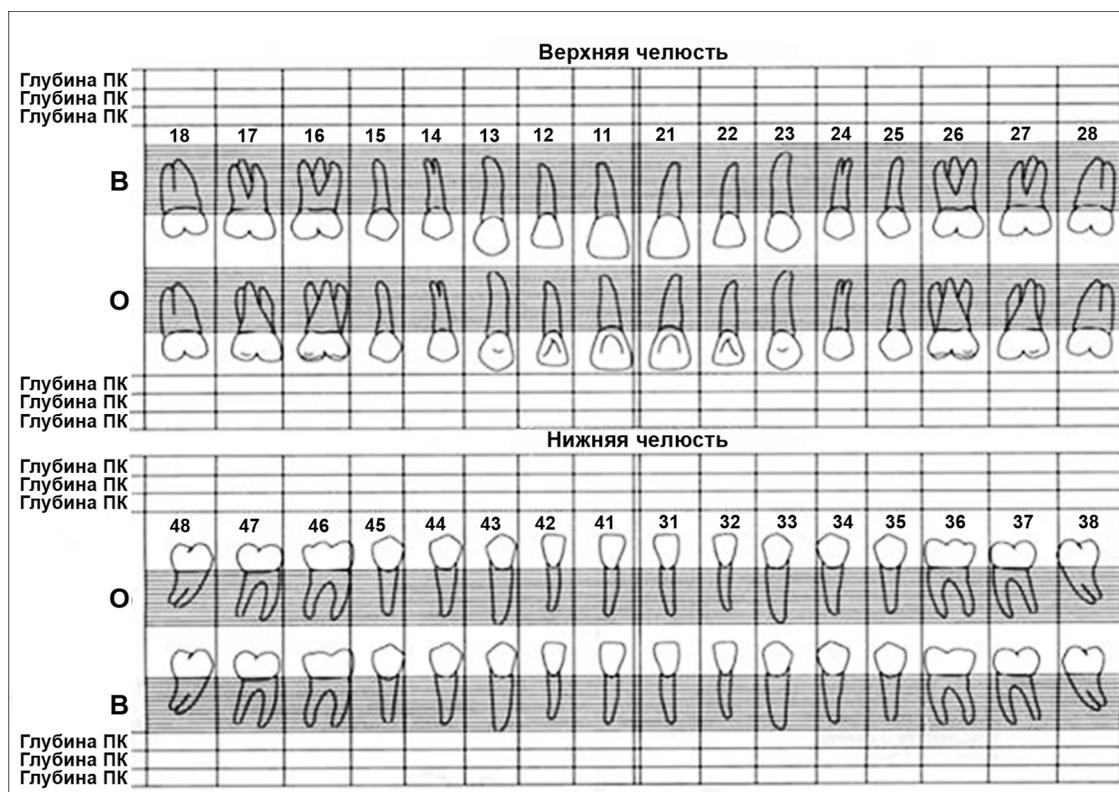
Акантоз – утолщение эпидермиса кожи и эпителия слизистой оболочки за счет усиления пролиферации базальных и шиповидных клеток.

Приложение 4

Схема-топограмма СОР на вклейке (Roed-Petersen & Renstrup, 1969) для топографирования зон локализации элементов поражения в модификации О.С. Гилевой и соавт. (РП № 2436 от 22.02.2008) с цветовой кодировкой зон поражения по ТК ВОЗ.

Приложение 5

Дополнение к карте для определения пародонтологического статуса пациента



Примечание. ПК – пародонтальный карман; В – вестибулярная поверхность; О – оральная поверхность.

Приложение 6**Алгоритмы определения индексов***Индекс гигиены Грина–Вермильона*

Представляет собой двойной индекс, т. е. состоящий из двух компонентов:

- индекса зубного налета (DI-S),
- индекса зубного камня (CI-S).

Метод. Исследования проводят на вестибулярной поверхности зубов 16, 11, 26, 31 и язычной поверхности зубов 36 и 46 с помощью стоматологического зонда и красителей (флюоресцеина натрия, эритрозин, синий цвет, флюксин В).

Критерии оценки DI-S:

- 0 – нет налета;
- 1 – налет покрывает не более 1/3 поверхности зуба;
- 2 – налет покрывает от 1/3 до 2/3 поверхности зуба;
- 3 – налет покрывает более 2/3 поверхности зуба.

Формула:

DI-S = сумма баллов/6.

Критерии оценки CI-S:

- 0 – нет камня;
- 1 – наддесневой камень покрывает менее 1/3 поверхности зуба;
- 2 – наддесневой камень покрывает от 1/3 до 2/3 поверхности зуба или имеются отдельные частицы поддесневого камня;
- 3 – наддесневой камень покрывает более 2/3 поверхности зуба.

Формула:

CI-S = сумма баллов/6;

OHI-S = DI-S + CI-S,

где OHI (Oral Hygiene Index) – оральный гигиенический индекс.

Критерии оценки:

- 0,0–0,6 – низкий (гигиена хорошая);
- 0,7–1,6 – средний (гигиена удовлетворительная);
- 1,7–2,5 – высокий (гигиена неудовлетворительная);
- 2,6–6,0 – очень высокий (гигиена плохая).

Индекс гигиены Силнеса–Лоэ.

Определяют толщину зубного налета в придесневой области зуба.

Метод

1. Окрашивать зубной налет не требуется. После высывания зуба воздухом для выявления зубного налета используют стоматологическое зеркало и зонд.

2. Для определения индекса можно осмотреть все зубы или только 6 индексных зубов:

3. В области каждого зуба осматривают 4 участка:
 - дистально-вестибулярный,
 - вестибулярный,
 - медиально-вестибулярный,
 - язычный.

Коды и критерии:

- 0 – нет налета;
- 1 – небольшое количество налета, выявляется только зондом;

Применение: несмотря на то что в исходной трактовке индекса окрашивающий раствор не применяли, его можно использовать, особенно для выявления данного кода.

- 2 – умеренный слой зубного налета в десневой области, видимый невооруженным глазом;
- 3 – обильный налет, заполняющий нишу, образованную десневым краем и поверхностью зуба, а также межзубной промежутком;

- 4 – интенсивное отложение зубного налета в области десневого кармана и/ или на десневом крае и прилегающей поверхности зуба.

Формула:

(сумма баллов)/(число обследованных поверхностей 4). Значение для одного зуба.

(сумма баллов всех зубов)/(количество исследованных зубов). Значение для всех зубов.

Индекс кровоточивости Мюлеманна (в модификации Коузла)

Используют для определения воспаления в тканях пародонта. Метод показателен при гингивите и пародонтите. В области «зубов Рамфьорда» (16, 21, 24, 36, 41, 44) с щечной и язычной (небной) сторон кончик пародонтального зонда без давления прижимают к стенке бороздки и медленно ведут от медиальной к дистальной стороне зуба.

Оценочная шкала:

- 0 – после проведения кончиком зонда по стенке бороздки кровоточивость отсутствует;
- 1 – кровоточивость появляется не раньше чем через 30 с;
- 2 – кровоточивость возникает или сразу, или в пределах 30 с;
- 3 – пациент отмечает кровоточивость при приеме пищи или чистке зубов.

Значение индекса = сумма показателей всех зубов/число зубов.

Приложение 7**Контролируемая чистка зубов**

С целью выработки у пациента навыков ухода за ртом (чистки зубов) и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета с поверхностей зубов его обучают приемам гигиены рта. Технику чистки зубов демонстрируют на моделях. Индивидуально подбирают средства гигиены рта. Обучение навыкам гигиены рта способствует предупреждению развития воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств В).

Контролируемая чистка зубов – чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии специалиста (врача-стоматолога, гигиениста стоматологического) в стоматологическом кабинете или комнате гигиены рта при наличии необходимых средств гигиены и наглядных пособий. Цель данного мероприятия – коррекция недостатков техники чистки зубов. Контролируемая чистка зубов позволяет добиться эффективного поддержания уровня гигиены рта (уровень убедительности доказательств В).

Профессиональная гигиена рта включает удаление с поверхности зуба мягких и твердых зубных отложений и способствует предотвращению воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств А).

Алгоритм обучения гигиене рта

Врач-стоматолог или гигиенист стоматологический определяет гигиенический индекс, затем демонстрирует пациенту технику чистки зубов зубной щеткой, межзубными ершиками и зубными нитями, используя модели зубных рядов или другие демонстрационные средства.

Существуют разные методы чистки зубов, предусматривающие круговые, вибрирующие, горизонтальные и вертикальные движения. Однако важна не сама техника, а эффективность очищения, последовательность процедуры и отсутствие вредного воздействия.

Чистку зубов начинают с участка в области верхних

правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти.

Необходимо следить за тем, чтобы рабочая часть зубной щетки располагалась под углом 45° к зубу, производить очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищают горизонтальными (возвратно-поступательными) движениями так, чтобы волокна щетки проникали глубоко в фиссуры и межзубные промежутки. Вестибулярную поверхность фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей следует очищать такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручку щетки располагают перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна должны находиться под острым углом к зубам и захватывать не только зубы, но и десну. Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен. Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать межзубные ершики и зубные нити.

Индивидуальный подбор средств гигиены рта осуществляется с учетом стоматологического статуса пациента (состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта, наличия зубочелюстных аномалий, съемных и несъемных ортодонтических и ортопедических конструкций).

С целью закрепления полученных навыков проводят контроль индивидуальной гигиены рта (контролируемая чистка зубов).

Алгоритм контролируемой чистки зубов

Контролируемая чистка зубов – это чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии врача-стоматолога или гигиениста стоматологического.

Первое посещение:

- обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета;

- чистка зубов пациентом в его обычной манере;

- повторное определение гигиенического индекса, оценка эффективности чистки зубов (сравнение показателей индекса гигиены до и после чистки зубов), демонстрация пациенту с помощью зеркала окрашенных участков, где зубной налет не удален при чистке;

- демонстрация правильной техники чистки зубов на моделях, рекомендации пациенту по коррекции недостатков гигиенического ухода за ртом, использованию зубных нитей и дополнительных средств гигиены (специальных зубных щеток, зубных ершиков, монопучковых щеток, ирригаторов – по показаниям).

Следующее посещение:

- определение гигиенического индекса, при неудовлетворительном уровне гигиены рта – повторение процедуры. Пациента информируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу при возникновении кровоточивости десен не реже 1 раза в год.

Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

- обучение пациента индивидуальной гигиене рта;
- контролируемая чистка зубов;
- удаление зубных отложений;
- полирование поверхностей зубов;
- устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;

- аппликации реминерализующих и фторидсодержащих средств;

- мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

При удалении зубных отложений (зубной камень, мягкий зубной налет) следует соблюдать ряд условий:

- провести обработку рта раствором антисептика;

- при выраженной гиперестезии зубов и отсутствии общих противопоказаний удаление зубных отложений нужно проводить под местным обезболиванием.

Для удаления налета и полирования поверхностей зубов используют резиновые колпачки, для жевательных поверхностей – вращающиеся щеточки, для контактных поверхностей – вращающиеся ершики, резиновые конусы, суперфлоссы, флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать начиная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодисперсной. При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки.

Необходимо устранить факторы, способствующие скоплению зубного налета: удалить нависающие края пломб и неправильно изготовленные ортопедические конструкции, провести повторное полирование пломб.

Периодичность проведения профессиональной гигиены рта и зубов зависит от стоматологического статуса пациента (гигиенического состояния рта, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемной ортодонтической аппаратуры и стоматологических имплантатов). Минимальная периодичность проведения профессиональной гигиены – 2 раза в год.

Приложение 8

Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола – приложение к медицинской карте № _____

Пациент (законный представитель пациента) информирован о результатах обследования, диагнозе, о цели медицинского вмешательства и его последствиях, применяемых и альтернативных методах лечения, предполагаемых результатах лечения, ознакомлен с комплексным планом лечения, предупрежден о возможных осложнениях во время и после лечения и дает добровольное согласие на медицинское вмешательство.

При этом пациент понимает, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество оказываемой медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

ФИО пациента (законный представитель пациента) _____

ФИО врача _____ 20__ г.

Приложение 9

Дополнительная информация для пациента

1. В острый период заболевания зубы необходимо чистить мягкой зубной щеткой с пастой 2 раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи.

2. При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3 дней, необходимо обратиться к врачу.

3. Профессиональная гигиена (удаление назубных отложений) должна проводиться не реже 1 раза в 6 мес у лечащего врача-стоматолога.

4. Если после проведения профессиональной гигиены появилась повышенная чувствительность твердых

тканей зубов, следует использовать специальные зубные пасты для снижения чувствительности зубов и обратиться к своему лечащему врачу-стоматологу.

5. Обязательно посещать врача для плановых осмотров.

6. Необходимо полноценное и своевременное восстановление дефектов зубов и зубных рядов.

7. Необходимо устранение или нейтрализация действия профессиональных вредных факторов на пародонт.

8. Необходимы оздоровление условий труда, отдыха, питания и здоровый образ жизни.

Приложение 10

Анкета пациента

ФИО _____

Дата заполнения _____

Как Вы оцениваете свое общее самочувствие на сегодняшний день?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.



Шкала состояния здоровья

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. *Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ: Учебное пособие*. М.: Медицинская книга; 2008.
- Банченко Г.В., Рыбаков А.И. *Заболевания слизистой оболочки полости рта: Монография*. М.: Медицина; 1978: 175–9.
- Барер Г.М. *Терапевтическая стоматология: Учебник*. М.: Гэотар-Медиа; 2005: 149–56.
- Борк К., Бургдорф В., Хедде Н. *Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение: Атлас и руководство*: Пер. с нем. М.: Медицинская литература; 2011.
- Боровский Е.В. *Терапевтическая стоматология: Учебник*. М.: МИА; 2007.
- Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. *Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ: Руководство*. М.: Медицина; 1984: 137–48.
- Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. *Заболевания слизистой оболочки полости рта: Учебное пособие*. М.: ОАО «Стоматология»; 2001: 153–6.
- Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. *Терапевтическая стоматология: Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
- Ельцова Н.Л., Максимовская Л.Н. *Синдромные заболевания с поражением слизистой оболочки рта и кожи: диагностика, лечение, предупреждение осложнений*. Воронеж; 2006.
- Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. *Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта*. М.: Медицина; 1981: 438–44.
- Ласкарис Д. *Лечение заболеваний слизистой оболочки рта: Руководство для врачей*. М.: ООО «Медицинское информационное агентство»; 2006.
- Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н., Орехова Л.Ю. *Терапевтическая стоматология: Учебник*. М.: Медицина; 2002: 525–33.
- Морозова С.И., Савельева Н.А. *Заболевания слизистой оболочки рта: Атлас*. М.: МИА; 2012.
- Рыбаков А.И., Банченко Г.В. *Заболевания слизистой оболочки полости рта*. М.: Медицина; 1978: 62–72.
- Сильвермен С., Эверсоул Л.Р., Трулав Э.Л. *Заболевания полости рта*: Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ; 2010.
- Гилева О.С., Новиков А.Ю., Белева Н.С. и др. *Стоматологическая документация на специализированном приеме больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта: Методические рекомендации для врачей-стоматологов*. Пермь; 2008.
- Лангле Р.П., Миллер К.С. *Атлас заболеваний полости рта*. М.: Гэотар-Медиа; 2008.

Поступила 27.05.14

REFERENCES

- Anisimova I.V., Nedoseko V.B., Lomiashvili L.M. *Clinic, Diagnostics and Treatment of Diseases of the Mucous Membranes of the Mouth and Lips: The tutorial. [Klinika, diagnostika i lechenie zabolevaniy slizistoy obolochki rta i gub: Uchebnoe posobie]*. Moscow: Meditsinskaya kniga; 2008. (in Russian)
- Banchenko G.V., Rybakov A.I. *Diseases Mucous Membranes of the Oral Cavity: Monograph. [Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta]*. Moscow: Meditsina; 1978: 175–9. (in Russian)
- Barer G.M. *Therapeutic Dentistry: Tutorial. [Terapevticheskaya stomatologiya: Uchebnik]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2005: 149–56. (in Russian)
- Bork K., Burgdorf V., Khede H. *Diseases Mucous Membranes of the Mouth and Lips. Clinic, Diagnostics and Treatment: Atlas and guide. [Bolezni slizistoy obolochki polosti rta i gub. Klinika, diagnostika i lechenie: Atlas i rukovodstvo: Per. s nem.]*. Moscow: Meditsinskaya literatura; 2011. (in Russian)
- Borovskiy E.V. *Therapeutic Dentistry: Textbook. [Terapevticheskaya stomatologiya: Uchebnik]*: Moscow: MIA; 2007. (in Russian)
- Borovskiy E.V., Mashkilleysen A.L. *Diseases Mucous Membranes of the Mouth and Lips: Guide. [Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta i gub: Rukovodstvo]*. Moscow: Meditsina; 1984: 137–48. (in Russian)
- Danilevskiy N.F., Leont'ev V.K., Nesin A.F., Rakhniy Zh.I. *Diseases Mucous Membranes of the Oral Cavity: Training Manual. [Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta: Uchebnoe posobie]*. Moscow: OAO "Stomatologiya"; 2001: 153–6. (in Russian)
- Dmitrieva L.A., Maksimovskiy Yu.M. *Therapeutic Stomatology: The National Leadership. [Terapevticheskaya stomatologiya: Natsional'noe rukovodstvo]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2009. (in Russian)
- El'kova N. L. Maksimovskaya L.N. *Syndromic Disease with Lesions of the Oral Mucosa and Skin: Diagnostics, Treatment, Prevention of Complications. [Sindromnye zabolevaniya s porazheniem slizistoy obolochki rta i kozhi: diagnostika, lechenie, preduprezhdenie oslozhneniy]*. Voronezh; 2006. (in Russian)
- Borovskiy E.V., Danilevskiy N.F. *Atlas of Diseases of the Mucous Membranes of the Oral Cavity. [Atlas zabolevaniy slizistoy obolochki polosti rta]*. Moscow: Meditsina; 1981: 438–44.
- Lascaris D. *Treatment of Diseases of the Oral Mucosa: A Guide for Physicians. [Lechenie zabolevaniy slizistoy obolochki rta: Rukovodstvo dlya vrachey]*. Moscow: OOO "Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo"; 2006. (in Russian)
- Maksimovskiy Yu.M., Maksimovskaya L.N., Orekhova L.Yu. *Therapeutic Dentistry: Textbook. [Terapevticheskaya stomatologiya: Uchebnik]*. Moscow: Meditsina; 2002: 525–33. (in Russian)
- Morozova S.I., Savel'eva N.A. *Diseases of Oral Mucosa: Atlas. [Zabolevaniya slizistoy obolochki rta: Atlas]*. Moscow: MIA; 2012. (in Russian)
- Rybakov A.I., Banchenko G.V. *Diseases Mucous Membranes of the Oral Cavity. [Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta]*. Moscow: Meditsina; 1978: 62–72. (in Russian)
- Silvermen S., Eversoul L.R., Truelove E.L. *Diseases of the Oral Cavity. [Zabolevaniya polosti rta: Per. s angl.]*. Moscow: MEDpress-inform; 2010. (in Russian)
- Gileva O.S., Novikov A.Yu., Beleva N.S. et al. *Dental Documentation on Specialized Reception of Patients with Diseases of Mucous Membrane of the Oral Cavity: Guidelines for Doctors-stomatologists. [Stomatologicheskaya dokumentatsiya na specializirovannom prieme bol'nyh s zabolevaniyami slizistoy obolochki polosti rta: Metodicheskie rekomendatsii dlya vrachey-stomatologov]*. Perm'; 2008. (in Russian)
- Langle R.P., Miller K.S. *Atlas of Diseases of the Oral Cavity. [Atlas zabolevaniy polosti rta]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. (in Russian)

Received 27.05.14



К ст. Кузнецовой и соавт.

Рис. 2. Фиксация мини-имплантатов на нижней челюсти между боковым резцом и клыком или между клыком и первым премоляром.



Рис. 3. Небный мини-имплантат.

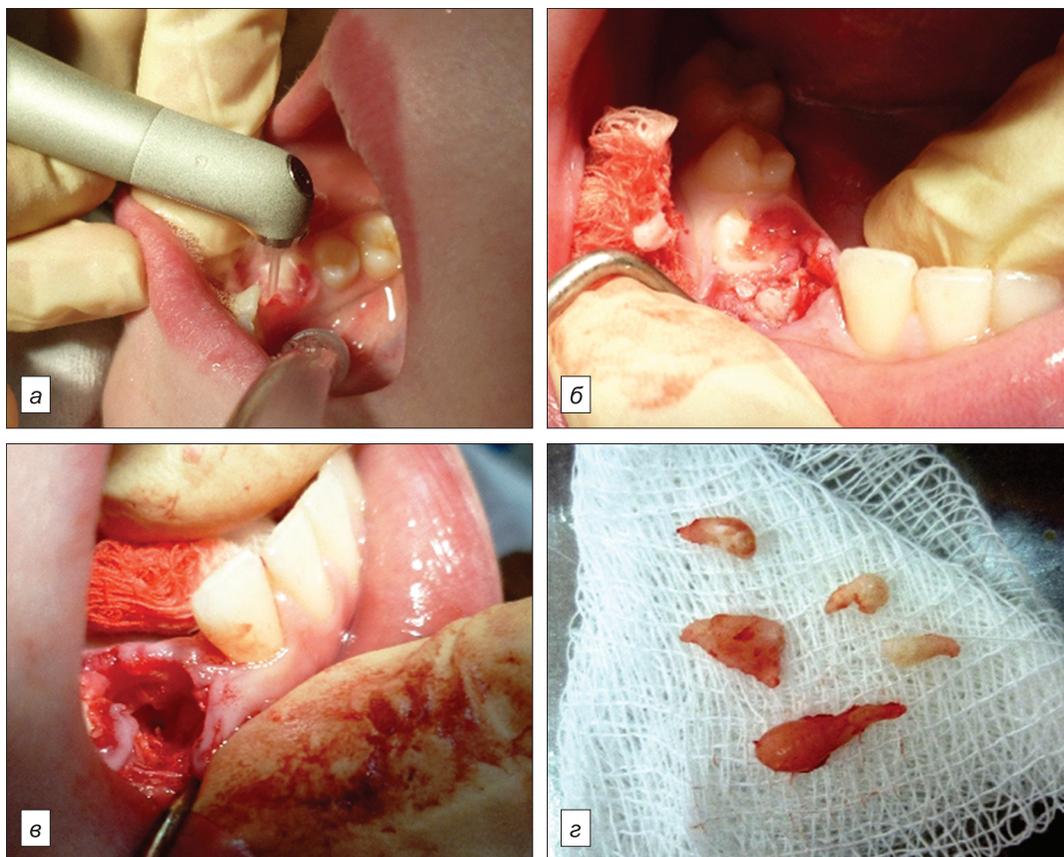


Рис.4. Удаление одонтомы на нижней челюсти с помощью эрбиевого лазера.

К ст. Волкова и соавт.

Приложение 4

Схема-топограмма СОР (Roed-Petersen & Renstrup, 1969) для топографирования зон локализации элементов поражения в модификации О.С. Гилевой и соавт. (РП № 2436 от 22.02.2008) с цветовой кодировкой зон поражения по ТК ВОЗ.

